



REQUERIMENTO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO

O preenchimento deste requerimento é obrigatório para todos os participantes e deve obedecer ao disposto nos regulamentos do evento. Caso contenha incorreções ou informações inverídicas, o pedido de inscrição poderá ser negado ou a inscrição invalidada.

TIPO DE INSCRIÇÃO

- A** – Aposentado(a) ou pensionista associado(a): **R\$ 300,00**
- B** – Acompanhante de associado: **R\$ 300,00**
- C** – Aposentado(a) ou pensionista não associado(a): **R\$ 500,00**
- D** – Acompanhante não associado: **R\$ 500,00**
- E** – Ativo e acompanhante: **R\$ 500,00**
- F** – Convidado: **R\$ 500,00**

CAMPOS A SEREM PREENCHIDOS PELA AEA

AEA DE ORIGEM

N.º DE REGISTRO NO
SISTEMA DE INSCRIÇÕES

DATA DE RECEBIMENTO
DO REQUERIMENTO

NOME COMPLETO:

Nº CPF

Nº DOC. DE IDENTIDADE

EMISSOR DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE E UF DE EMISSÃO

MATRÍCULA (CASO INSCRIÇÃO TIPO "A ou C")

DATA DE NASCIMENTO

GÊNERO

- Masc. Fem. Outro/prefiro não informar

NOME PARA CREDENCIAL (MÁXIMO DE 20 CARACTERES)

TAMANHO DA CAMISA

- P M G GG EG

LOGRADOURO:

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE:

TELEFONE CELULAR (COM DDD)

NÚMERO COM WHATSAPP?

- Sim Não

OUTRO(S) TELEFONE(S)

E-MAILS:



INFORMAÇÕES OPCIONAIS DE SAÚDE

O preenchimento dos campos de saúde é OPCIONAL, seu conteúdo será mantido sob SIGILO e será utilizado somente em caso de necessidade de atendimento médico. **Recomendamos enfaticamente o preenchimento.** Caso não preencha, você estará assumindo a responsabilidade por não fornecer informações importantes a seu respeito para as equipes médicas do evento.

CASO POSSUA, QUAL SEU PLANO DE SAÚDE?

TIPO SANGUÍNEO

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

COBERTURA NO PARANÁ?

NOME DO CONTATO EMERGÊNCIA

TELEFONE(S) DO CONTATO EMERGÊNCIA

Sim Não

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

É DIABÉTICO?

NECESSIDADES ESPECIAIS

Sim Não

| |
|--|
| |
|--|

ALERGIAS

| |
|--|
| |
|--|

MEDICAMENTOS DE USO CONTÍNUO (DETALHAR DOSAGEM, FREQUÊNCIA ETC.)

| |
|--|
| |
|--|

OUTRAS INFORMAÇÕES

Outros endereços, outros e-mails, detalhes da inscrição etc.

| |
|--|
| |
|--|

HOSPEDAGEM

TIPO DE APARTAMENTO (DUPLO CASAL/ TWIN)

OBS: PARA QUARTOS TRIPLOS DEVERÁ SER FEITA CONSULTA PRÉVIA À FENACEF

| |
|--|
| |
|--|

HÓSPEDE

| |
|--|
| |
|--|

HÓSPEDE

| |
|--|
| |
|--|

NECESSITA DE QUARTO ADAPTADO? (JUSTIFIQUE)

| |
|--|
| |
|--|



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Venho requerer minha inscrição como participante dos LVI SIMPÓSIO FENACEF, conforme informações aqui prestadas. Para tanto, **DECLARO** perante as penas da lei:

- Que as informações prestadas são verdadeiras e correspondem a mim e meus dados pessoais ou a pessoa por mim representada;
- Que ao solicitar os serviços de hospedagem do evento estou de acordo, sem ressalvas, com todas as condições do "Contrato de Adesão dos Serviços de Intermediação de Hospedagem do LVI SIMPÓSIO FENACEF", que rege a relação entre a empresa responsável pelos serviços e a AEA pela qual estou me inscrevendo e
- Que estou ciente de que todos documentos aqui mencionados podem ser facilmente obtidos na AEA de minha inscrição ou por solicitação para o e-mail fenacef@fenacef.com.br

Por estar de acordo e ser esta espelho da verdade, dato e firmo a presente

CIDADE E DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU SEU REPRESENTANTE LEGAL

ATENÇÃO: O pagamento da taxa de inscrição deverá ser realizado somente na associação pela qual participará.

Promoção e Organização

